

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MAÍRA MATOS MELLO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: AMBIENTE  
URBANO X DIFICULDADES DE ADESÃO AOS  
TRATAMENTOS DE SAÚDE**

Porto Alegre  
2018

MAÍRA MATOS MELLO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: AMBIENTE  
URBANO X DIFICULDADES DE ADESÃO AOS  
TRATAMENTOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista em  
Saúde Pública, pelo Curso de  
Especialização em Saúde Pública da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul – UFRGS.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Celso Borello  
Vargas

Porto Alegre

2018

## DEDICATÓRIA

*Ao meu filho Guilherme, que  
acompanha minha jornada acadêmica  
desde o início, me apoiando sempre, que  
lhe sirva de inspiração em sua própria  
caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

*Á Deus especialmente pelas vidas da minha tia Ana Lígia, e primas Ana Carolina e Jamile que proporcionaram que eu pudesse me matricular e estudar nessa instituição no curso de Especialização em Saúde Pública.*

*Ao meu esposo Thalles Mello, pela paciência.*

*Às colegas Liziane e Carol e Ana Carolina, que me ofereceram caronas aos finais das aulas e sem saber me ajudaram a permanecer no curso.*

*Ao Professor Júlio que abraçou minha proposta de pesquisa.*

## EPÍGRAFE

### *A casa*

*Era uma casa muito engraçada, não tinha teto, não tinha nada.*

*Ninguém podia entrar nela, não, porque na casa não tinha chão.*

*Ninguém podia dormir na rede, porque na casa não tinha parede.*

*Ninguém podia fazer pipi, porque penico não tinha ali.*

*Mas era feita com muito esmero, na Rua dos Bobos, número zero.*

*Vinícius de Moraes*

## LISTA DE SIGLAS

<i>SUAS</i>	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
<i>PSR</i>	PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA
<i>SUS</i>	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<i>PNAS</i>	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
<i>SPA</i>	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

# **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: AMBIENTE URBANO x DIFICULDADES DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS DE SAÚDE**

Maíra Matos Mello<sup>1</sup>

Júlio Celso Borello Vargas<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Com objetivo de compreender como o ambiente urbano influencia a saúde das pessoas em situação de rua no Brasil e se esses sujeitos conseguem aderir aos tratamentos de saúde que/quando necessitam, realizou-se uma revisão bibliográfica narrativa do tipo qualitativo, com análise de conteúdo baseada em Bardin (2008), para responder aos questionamentos do estudo. Teve como fonte da coleta de dados as bases de dados de artigos e periódicos nacionais. Os artigos coletados foram analisados individualmente de acordo com a metodologia, e, após, qualitativamente para fundamentar a discussão final. Os resultados mostram que muitos determinantes sociais da saúde estão relacionados ao ambiente urbano e questões sociais foram expostas pelos autores, porém, apenas alguns deles conseguiram caracterizar as questões relacionadas ao ambiente urbano, à arquitetura e ao abrigo em que a pessoa que vive na rua consegue provisoriamente, deixando claro que a literatura não explora suficientemente o tema. De qualquer maneira, é perceptível que o ambiente urbano contribui para o surgimento de doenças e dificulta a adesão aos tratamentos de saúde destas pessoas. A dificuldade de acessar os serviços de saúde também foi relatada.

**Palavras-chave:** Pessoa em situação de rua. Saúde. Ambiente urbano. Adesão.

---

<sup>1</sup> Assistente Social (Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS, 2012). Especialista em Saúde Mental (Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS, 2017). Especialização em Saúde Pública (Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS, 2017-2018). mairamattos@hotmail.com

<sup>2</sup> Arquiteto e Urbanista (Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS, 1994), Mestre em Planejamento Urbano e Regional (UFRGS, 2003) e Doutor em engenharia de Transportes (UFRGS, 2015). Julio.celso@ufrgs.br

## **ABSTRACT**

In order to understand how the urban environment influences the health of homeless in Brazil and if these people can join to the health treatments when they need it, a qualitative narrative bibliographic review was performed, with content analysis based in Bardin (2011) to answer the study questions. The source of the data collection was the databases of Brazilian articles and periodicals. The collected articles were analyzed individually according to the methodology, and, afterwards, qualitatively to substantiate the final discussion. The results show that many social determinants of health are related to the urban environment and social issues were exposed by the authors, however, only a few of them were able to characterize issues related to the urban environment, architecture and shelter where the person can live on the street provisionally, making clear that literature doesn't sufficiently explore the subject. In any case, it is noticeable that the urban environment contributes to the emergence of diseases and hinders adherence to the health care of these people. The difficulty of accessing health services has also been reported.

**Keywords:** Person in street situation. Health. Urban environment. Adhesion.



## Sumário

INTRODUÇÃO.....	11
DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	13
Objetivo Geral .....	13
Objetivos Específicos .....	13
JUSTIFICATIVA .....	13
REVISÃO TEÓRICA .....	15
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	16
Estratégias de busca.....	17
Seleção dos artigos .....	18
Caracterização das fontes .....	18
RESULTADOS .....	19
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42

CIP - Catalogação na Publicação

Matos Mello, Maíra  
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: AMBIENTE URBANO X  
DIFICULDADES DE ADEÇÃO AOS TRATAMENTOS DE SAÚDE /  
Maíra Matos Mello. -- 2018.  
42 f.  
Orientador: Júlio Celso Borello Vargas.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Psicologia, Especialização em Saúde Pública, Porto  
Alegre, BR-RS, 2018.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Ambiente urbano.  
3. Dificuldades de adesão aos tratamentos de saúde.  
4. saúde pública. 5. assistência social. I. Celso  
Borello Vargas, Júlio, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## INTRODUÇÃO

No ano de 2012 a Fundação de Assistência Social e Cidadania de Porto Alegre – FASC - divulgou o resultado quanti-qualitativo do estudos do projeto “Estudos da população em situação de rua de Porto Alegre/Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre”. No relatório final após o estudo chamado: “A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre” realizado pela FASC, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAURGS, publicou-se o crescente do número de pessoas adultas em situação de rua em Porto Alegre.

Este censo realizado na cidade de Porto Alegre, em 2011 (FASC, 2012), representou um acréscimo de 57% de pessoas morando na rua nos últimos anos. O estudo também mapeou os locais de utilização mais comuns, considerando as especificidades da formação antropológica dessa população, entre outros objetivos (UFRGS, 2016).

Com o crescimento acelerado da População em Situação de Rua – PSR, junto ao crescimento das cidades, surgem novas demandas das Políticas Públicas municipais como Assistência Social, Habitação, Educação e Saúde. Observando essa realidade cada vez mais presente nas grandes cidades faz-se necessário repensar a Saúde Pública para essa população, para tanto, é necessário compreender a complexidade da “situação de rua”, quais as implicações na saúde de cada PSR e os impactos na Saúde como Política Pública, bem como fomentar o debate sobre a temática a fim de adequar os tratamentos de saúde, os modelos de atenção, as formas de abordagem e acolhimento desses sujeitos, como estratégia para diminuir o abandono de tratamento por parte do usuário, a inacessibilidade dos dispositivos de saúde disponíveis e propostos atualmente, os riscos sociais e de saúde para a população geral.

As cidades brasileiras com grande concentração de população tendem a ter uma concentração maior de PSR. Foram identificadas nos artigos analisados pesquisas referentes aos grandes centros urbanos. A aglomeração de pessoas vulneráveis imunologicamente vivendo juntas em locais insalubres como viadutos, embaixo das pontes e outros, pode significar proteção às violências da cidade e ao frio, porém, é propício para propagar entre os próprios moradores do local as doenças infectocontagiosas.

Esses fatores combinados com a falta de estrutura das cidades e políticas públicas que contenham o avanço involuntário de pessoas que possam residir nas ruas, gera um problema de

saúde pública, no que diz respeito ao controle e diminuição da prevalência das doenças crônicas e diminuição de incidência de doenças infectocontagiosas nessa população.

Com essa pesquisa proponho compreender a relação do ambiente urbano e sua influência na saúde da população em situação de rua em Porto Alegre - RS. Essa situação, além dos problemas já descritos, dificulta a adesão aos tratamentos de saúde, fazendo parte de um perverso sistema de desigualdades sociais e em saúde no Brasil.

O sujeito em situação de rua fica exposto ao frio, calor, falta de acesso à higiene pessoal, assim como nem sempre consegue assegurar uma alimentação adequada, um ambiente confortável para o sono, e a falta de acesso a preservativos contribuem para o surgimento e agravamento de doenças, bem como a dura realidade das ruas ligada à marginalidade “empurra” a pessoa em situação de rua para o uso abusivo de álcool e outras drogas como fuga da realidade cruel, atingindo além da saúde fisiológica do sujeito, a saúde mental. Sabendo de todos estes fatos, o estudo pretende aprofundar este tema, tentando entender quais são as influências socioculturais e, especialmente, ambientais a que a população em situação de rua está exposta e quais as consequências dessa exposição à saúde deste usuário.

Pessoas em Situação de Rua enfrentam condições extremas de vulnerabilidade. Sendo essas condições intimamente ligadas aos direitos e necessidades mais básicos para a sobrevivência do ser humano, essas vulnerabilidades estão relacionadas a falta de alimentação, à alimentação mal armazenada, estragada por falta de refrigeração ou alimentação composta de restos de lixo; locais insalubres para o sono, sem conforto e aquecimento adequado (camas, colchões, lençóis, fronhas e cobertores); falta de oportunidade e produtos para higienização pessoal (água limpa, sabonete, escovas e pasta de dente, toalha e etc.). O ambiente da rua também não oferece banheiros públicos suficientes disponíveis para atender a população em situação de rua, bem como espaços para banho, já que os banheiros públicos em sua maioria, não possuem chuveiros.

Os espaços urbanos disponíveis para frequência e “moradia” de PSR, não apresentam qualidade ambiental e condições de habitação para seres humanos. O lixo acumulado nas ruas, a falta de lixeiras, a presença de ratos, baratas, pulgas, carrapatos, animais peçonhentos e a sujeira nos locais frequentados pelas pessoas à margem da sociedade, (pontes, viadutos, praças, marquises e etc.) podem contribuir para a incidência e para a prevalência das doenças nessa parcela da população.

Neste estudo, buscou-se aprofundar os conteúdos disponíveis sobre o tema, utilizando-se da revisão bibliográfica narrativa qualitativa, explicitando o que os autores compreendem e relatam em todos os materiais coletados.

## **DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

Como o ambiente urbano influencia a saúde das pessoas em situação de rua no Brasil?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Estudar quais são as influências socioculturais e ambientais a que a população em situação de rua está exposta e quais as consequências dessa exposição à saúde deste usuário.

### **Objetivos Específicos**

1. Pesquisar quais os determinantes sociais da saúde na população em situação de rua no Brasil relacionados ao ambiente urbano (rua);
2. Averiguar quais são as Políticas Sociais de Saúde direcionadas à população em situação de rua estão vigentes no Brasil;
3. Compreender como o ambiente urbano (rua) corrobora para o surgimento de doenças e/ou dificultam a adesão aos tratamentos de saúde.

## **JUSTIFICATIVA**

Enquanto profissionais que assistem esta população, estar atentos a que impacto que os modos de vida na rua têm sobre o processo saúde-doença-cuidado para estas pessoas, é fundamental para um atendimento humanizado. A prática de um cuidado ético, ontológico, que tenha a plasticidade de respeitar as escolhas do outro e de se adaptar às realidades de cada um, é um objetivo a ser alcançado, pois, a complexidade da situação de rua demanda a ampliação do próprio conceito de cuidado, incorporando, em sua essência, a interdisciplinaridade e intersetorialidade (ROSA e BRÊTAS, 2015).

O presente projeto de estudo buscou uma ampliação da discussão, além de contribuir para o campo de intervenção com as pessoas em situação de rua no Brasil. É importante que os serviços de saúde encontrem estratégias para atender as pessoas em situação de rua, ampliando, dessa maneira, as possibilidades de intervenções, para que, assim, a relação entre esses usuários

dos serviços de saúde seja mais próxima e para que os trabalhadores encontrem uma maneira de democratizar o acesso à Atenção Básica buscando a prevenção e fortalecendo os tratamentos das doenças ocasionadas pela falta de saneamento básico, abrigamento, bem como a adesão aos tratamentos de saúde e outros fatores a serem pesquisados nesse estudo.

## REVISÃO TEÓRICA

No Brasil, muitas pessoas ficam em situação de rua por diversos fatores, como o desemprego, conflitos familiares, doenças mentais, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, estes fatores podem estar isoladamente ou de forma combinada, por determinados períodos de tempo ou permanentemente relacionados à situação de rua (BOTTIL, et al., 2009).

A ocorrência de pessoas vivendo nas ruas é característico do ambiente urbano e o crescimento das cidades como espaço onde as pessoas começam a viver. A partir do instante em que as cidades passaram a representar o principal espaço de convivência humana, aconteceram inúmeras mudanças nas formas de vida. Como consequência desse novo modo de vida e de suas implicações econômicas e sociais, foram registradas em diferentes momentos históricos, pessoas fazendo das ruas seu principal espaço de moradia (GOMES, SANTOS, 2014).

As Nações Unidas utilizam duas definições para caracterizar a população em situação de rua. A primeira se refere ao termo “desabrigado” (*shelterless*), caracterizado por um grupo social que vive nas ruas por falta de espaço físico para morar devido às tragédias naturais, guerras, desemprego em massa, falta de renda etc. Por outro lado, o termo “sem casa” (*homeless*), distingue os sujeitos sem um domicílio que carregam seus pertences e dormem nas ruas ou em qualquer outro espaço (BOTTIL, et al., 2009. p.163).

No Brasil, em especial nas grandes cidades, nos logradouros públicos, tendo como moradia praças, calçadas, terrenos baldios, locais abandonados, cemitérios ou sob viadutos e marquises encontram-se pessoas em situação de rua, estes também pernoitam em albergues e transitam nos Centros de População de Rua - Centros POP (BORDIGNON, et al., 2011).

O caminho de casa à rua é caracterizado por ser penoso e ocorrer de sucessivas rupturas ou perdas em suas histórias de vida. É no meio deste percurso que aparecem as circunstâncias que colaboraram para a condição de viver nas ruas, levando em conta que a saída de casa pode ter ocorrido por desentendimento ou perda familiar, doença ou desemprego (BORDIGNON, Et al., 2011).

Bottil, et al. (2009), pressupõem que quanto maior é a desigualdade social de um país, maior será o impacto na qualidade de vida, portanto de saúde, da comunidade e pessoa afetada e de seus familiares. Uma vez que a saúde individual não se limita à perspectiva biológica e psíquica, pois, está associada às condições de vida e se influencia com políticas sociais e econômicas empregadas no país, desta forma todo ser humano deve ser considerado biopsicossocial.

Nesse sentido, a falta de acesso à moradia, como condição essencial para a realização de outros direitos, como a utilização dos bens e serviços concentrados nos centros urbanos, seja alimentação adequada, asseio pessoal, ou abrigo, sejam serviços de saúde, assistência social e outros, contribuem para o surgimento ou agravamento de doenças que se oportunizam da condição da pessoa em situação de rua (OLIVEIRA, 2009).

O percurso de vida no ambiente urbano também dificulta a adesão a tratamentos de saúde para doenças como tuberculose, sífilis, escabiose, HIV, diabetes, alcoolismo, drogadição, esquizofrenia, entre outros transtornos mentais e a desistência cria resistência a medicações, regressões da melhora agravando o quadro e aumentando o risco de óbito. Tratamentos de doenças prevalentes em pessoas em situação de rua, como o da tuberculose é prolongado (tratamento diário por pelo menos seis meses) ou contínuo, com controle por toda vida, como HIV, diabetes, entre outros e complexo (associação de fármacos), esses tratamentos necessitam da implicação e aceitação dos usuários nas terapias, utilização das medicações prescritas, prevendo a duração, dosagem e frequência e até alimentação necessária, bem como, do interesse e apoio dos profissionais que devem estar preparados para atender esta população compreendendo suas singularidades (BRASIL, 2016).

O tratamento de usuários acometidos por qualquer doença e em situação de rua é caro e complexo, já que demanda muito mais cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde, em comparação à população em geral (BRASIL, 2016 apud WHO, 2009). Os custos são onerosos devido a muitos fatores, como a dificuldade de adesão ao tratamento, corroborada pela vida na rua, baixa qualidade de alimentação e repouso, abuso de álcool, uso de outras drogas, baixa autoestima e autocuidado (ZENNER et al., 2013 apud BRASIL, 2016).

Nesse sentido, Adorno e Varanda (2004) afirmam que grande parte das pessoas em situação de rua só recorrem aos tratamentos de saúde quando são conduzidas pelo serviço de resgate (consultório na rua) ou através de instituições da assistência social.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O estudo caracteriza-se por ser uma revisão bibliográfica narrativa qualitativa, sobre a temática de “pessoas em situação de rua e a influência que o ambiente urbano tem sobre sua saúde”. Teve como instrumento de coleta de dados as bases de dados de artigos periódicos de bases nacionais: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Lume UFRGS, Google acadêmico (Google scholar), bibliotecas de teses e dissertações de universidades. O público escolhido para ser estudado nessa pesquisa é a população em situação de rua do Brasil, com seus contextos e



vivências em seu ambiente de moradia (rua) que corroboram para o surgimento de doenças e/ou dificultam a adesão aos tratamentos de saúde, considerando fatores como clima, cultura e localização geográfica.

O presente trabalho consultou bibliografias de bases de dados citadas, tendo como critérios de inclusão trabalhos publicados a partir do ano de 2000 que possuem uma literatura relevante e que serviram de base à investigação. As fontes que foram pesquisadas para a elaboração da revisão bibliográfica são artigos em periódicos científicos, livros, teses, dissertações e resumos em congresso ( JACOBSEN apud MEDEIROS e TOMASI, 2008).

É necessário conhecer as pesquisas realizadas por outros pesquisadores e quais são as fronteiras do conhecimento do temas pesquisados para alcançar o avanço nos campos do conhecimento (VIANNA, 2001).

A análise dos dados foi realizada qualitativamente através da análise de conteúdo dos artigos. O método de Análise de Conteúdo utilizado na análise do material será com base em Bardin (2011).

Segundo Bardin, a Análise de Conteúdo é uma ferramenta que, a partir da apreciação objetiva da mensagem, facilita o processo de inferências provenientes das informações fornecidas pelas mensagens, ou o levantamento de premissas, a partir dos resultados do estudo. Este modelo de análise é especialmente indicado para sistematizar o conteúdo dos artigos sendo possível a partir deste o surgimento de categorias para o estudo.

Em Bardin (2011), podemos ver que o enfoque, para normatização da análise de conteúdo, se faz a partir dos seguintes aspectos: o método em si; a prática do método; e as técnicas que possibilitam o emprego do método.

### **Estratégias de busca**

A pesquisa foi delineada pela localização das publicações de interesse na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) diretamente no portal, Biblioteca Virtual em Saúde, Lume UFRGS, Google acadêmico (Google scholar), bibliotecas de teses e dissertações de universidades para pesquisar e coletar artigos de revisão bibliográfica, pesquisas acadêmicas, anais de congressos, teses, dissertações.

Foram selecionadas publicações disponíveis na base de dados no período de 2000 a 2018, utilizando as palavras chave “Pessoa Em Situação de Rua”, “Ambiente”, *or*, “Cidade”, *or*, “Espaço Urbano”, *and*, “População em Situação de Rua”. O método de pesquisa foi por palavra integrada e utilizou-se “todos os

índices”, para a seleção.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: publicações com textos completos em idioma português de livre acesso e publicações que integrassem em seu título os descritores utilizados que estivessem localizadas regionalmente.

### **Seleção dos artigos**

Foram selecionadas publicações do tipo: *artigos, artigo com dossiê, dissertações, monografia e tese.*

Conforme o período estipulado, os descritores utilizados, bem como o método de pesquisa utilizado nas bases de dados, encontraram-se 42 resultados.

Utilizando o descritor “Pessoa Em Situação de Rua *and* Saúde”, totalizaram-se 26 publicações, desse total foram selecionadas 15 publicações. Com o descritor “ambiente, *or*, cidade, *or*, espaço urbano, *and*, População em Situação de Rua” encontrou-se 16 publicações, desse total 7 publicações foram selecionadas, As publicações que foram excluídas estavam em duplicidade ou não tinham o público alvo da pesquisa claro, Desta forma foram analisadas e interpretadas 22 publicações conforme os objetivos da pesquisa. No Anexo A encontra-se a lista dos títulos das publicações.

### **Caracterização das fontes**

As publicações utilizadas no estudo estão caracterizadas quanto a ano de publicação, tipo de estudo, local do periódico, região de origem da instituição do autor, titulação dos autores e formação acadêmica dos autores, no item apresentação e discussão dos resultados – caracterização das publicações na qual serão dados os resultados e discussão, dadas as características deste trabalho

## RESULTADOS

No período de 2000 a 2018, foram localizadas 22 publicações para os descritores “Pessoa Em Situação De Rua *and* Saúde”, “ambiente, *or*, cidade, *or*, espaço urbano, *and*, População em Situação de Rua”. Conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Classificação das publicações quanto ao ano.

Ano	Quant	%
2000	-	-
2001	-	-
2002	1	4%
2003	-	-
2004	2	9%
2005	3	13%
2006	1	4%
2007	3	13%
2008	1	4%
2009	-	-
2010	2	9%
2011	2	9%
2012	3	13%
2013	1	4%
2014	2	9%
2015	1	4%
2016	-	-
2017	-	-
2018	-	-
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

O ano de maior publicação foi em 2005, 2007 e 2012 com 13% das publicações, respectivamente. Percebeu-se que somente a partir de 2002 foram encontradas publicações sobre o tema pesquisado e a partir de 2016 não se encontraram mais publicações para serem analisadas.

Outro aspecto encontrado que pode ser visualizado na tabela 2, foi o *tipo de estudo*, onde prevaleceram publicações do tipo artigo com 50%, alguns como resultados de pesquisas, ou até parte de dissertações ou teses.

Tabela 2. Classificação quanto ao tipo de estudo.

<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Quant.</b>	<b>%</b>
ARTIGO	12	50%
ARTIGO COM DOSSIÊ	1	4%
MONOGRAFIA	1	4%
DISSERTAÇÕES	8	36%
TESES	1	4%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Já a tabela 3 refere a localidade do periódico, onde predominou com a maioria das publicações a cidade de São Paulo com 36%, e Porto Alegre com 18%.

Tabela 3. Localidade do Periódico

<b>Localidade do Periódico</b>	<b>Quant</b>	<b>%</b>
São Paulo	8	36%
Rio de Janeiro	1	4%
Brasília	3	13%
Campinas	3	13%
Curitiba	1	4%
Florianópolis	1	4%
Porto Alegre	4	18%
Salvador	1	4%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Em conexão com a tabela 3 os dados da tabela 4 demonstram em quais periódicos estão sendo publicados os estudos. Teses, dissertações e monografias foram encontrados nos periódicos das Universidades de referência de apresentação dos trabalhos.

Tabela 4. Publicação conforme a revista

<b>Revista</b>	<b>Quant.</b>	<b>%</b>
Revista Etnográfica	1	9%
Revista Psicologia e Sociedade	1	9%
Interface- Comunicação, Saúde, Educação	1	9 %
Cadernos de Saúde Pública	1	9%
Revista Latino Americana de Enfermagem – USP	1	9%
Revista Textos e Contextos – PUC – RS	1	9%
Revista Estudos de Psicologia – PUC – Campinas	1	9%
Revista Psicologia e Sociedade	1	9%
Revista Katálisis	1	9%
Revista Psicologia e Sociedade	1	9%
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	9%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Quanto à formação acadêmica dos autores conforme pode ser visualizado na tabela 7, foi demonstrado que a formação acadêmica em Serviço Social e Enfermagem foram produzidos 23% respectivamente do total de publicações, 15% Ciências Sociais e 7% Psicologia e Direito. Algumas publicações foram produzidas por mais de um autor e os dados sobre a formação de alguns pesquisadores não estavam disponíveis.

Tabela 6. Formação acadêmica dos autores.

<b>Formação acadêmica</b>	<b>Quant.</b>	<b>%</b>
Enfermagem	6	23%
Ciências Sociais	4	15%
Medicina	1	3%
Ed. Física	1	3%
Linguística	1	3%
Serviço Social	6	23%
Geografia	1	3%
Psicologia	2	7%
Direito	2	7%
Saúde Coletiva	1	3%
Terapia Ocupacional	1	3%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 1. Pessoas em situação de rua, porquê?

Inicialmente, Adorno (2011) contextualiza que os “moradores de rua” eram estigmatizados como “sofredores de rua”, portadores de dor, agonia e sofrimento, traduzindo uma identidade construída a partir da influência dos movimentos de organização da Igreja Católica e motivada pela “teologia da libertação” na década de 1970. Tal conceito começa a se transformar a partir da década de 1990, as questões problematizadas começam a ter o enfoque em um modelo de construção das “vulnerabilidades” e da exposição aos riscos e à insegurança, o que leva a reivindicar do Estado a criação de políticas e serviços voltados para proteção das “populações de rua” enquanto um direito social e de cidadania.

Sobre a atual nomenclatura usada na literatura para pessoas em situação de rua, fica uma reflexão, á qual nem todos os autores concordam. Fedatto (2007), diz que:

“A preposição *em*, relaciona o indivíduo à causa de sua necessidade por subordinação, expressando a maneira, o estado, o modo: inscrição na transitoriedade. A expressão “*em situação de*” instala uma latência de transformação no jogo provisório/ permanente dos sentidos de necessidade. *As situações* é que são de vulnerabilidade, de risco, de rua (...) Nomear ou adjetivar diretamente os assistidos, explicitando suas necessidades, acentua materialmente a desigualdade, enquanto dizer o sujeito à necessidade por intermédio da expressão “em situação de” produz um efeito de responsabilização do momento, da ocasião, do acaso: *des-significação* do político no social enquanto confronto entre posições- sujeito. A mediação do social pela situação produz um desvio pelo abstrato, *in-diferenciando* ser e estar” (FEDATTO, p.52, 2007).

Durante a pesquisa, foi observado que alguns autores caracterizaram enfaticamente a pessoa em situação de rua separando o sujeito (pessoa) de sua condição (estar na rua). Para Prates et al., (2011), considerar que um sujeito “é de rua” seria o mesmo que considerar que outra pessoa em outras condições “é de casa ou de apartamento”, sem levar em consideração nenhum aspecto sociológico, social, cultural, de saúde ou financeiro. Vive-se em casas, apartamentos ou, no caso da população em questão, no espaço da rua, e esta pode ser uma situação ocasional.

Neste sentido, Silva, (2006) refere que o primeiro aspecto do fenômeno populacional em situação de rua, são suas múltiplas determinações, citando a literatura corrente, que traz como consenso nesta discussão a constatação da multiplicidade de fatores que conduzem à situação de rua.

“Fala-se em fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc.), fatores biográficos, ligados a história de vida de cada indivíduo (rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, infortúnios pessoais – mortes de todos os componentes da família, roubos de todos os bens, fuga do país de origem, etc.), e, ainda, em fatos da natureza ou desastres de massas - terremotos, inundações etc. Os fatores mais enfatizados pela literatura contemporânea são as rupturas dos vínculos familiares e comunitários, a inexistência de trabalho regular e a ausência ou insuficiência de renda, além do uso frequente de álcool e outras drogas e problemas atinentes às situações de desabrigo” (SILVA, p. 82, 2006).

Tantos fatores que levam pessoas a morar na rua muitas vezes são desconhecidos pela população em geral, desta forma, surgem as estigmatizações que marginalizam a PSR, trazendo a preconceção da incapacidade do sujeito. São pessoas, portanto, negadas em sua humanidade, Mattos, et, al., (2004).

O termo processo de “rualização” parte de uma concepção oposta, na medida em que reconhece como processo social, a condição que se forma fundamentado nos múltiplos agentes condicionantes, em uma constante, sendo o motivo para que ações preventivas com intervenções efetivas junto ao sujeito que está recentemente em situação de rua, parecem ser fundamentais para que contribua positivamente nas ações das políticas públicas. (MATTOS e FERREIRA, 2005; PRATES et al., 2011).

Lacerda (2012), Silva (2012), Silva (2006) e Costa (2005), esclarecem que a população em situação de rua é um segmento populacional heterogêneo, que não consiste, apenas em pessoas que possuem em comum a pobreza extrema, inexistência de moradia convencional regular, a perda do emprego, adoecimento mental e vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, mas também de pessoas que mantêm seus vínculos subjetivos e objetivos com suas famílias de origem, além da comunidade de rua a qual pertencem e exercem o convívio saudável com amor,

companheirismo e solidariedade. Este conceito desmistifica, inclusive, a criminalização da PSR, pois, além de vulnerável, pode ter uma vida cercada de bons sentimentos e honestidade.

Mattos e Ferreira (2005), dizem que as pessoas em situação, costumeiramente são tratadas como ‘eles’, ‘os outros’, quando o pesquisador, fica em uma posição de distanciamento confortável. Sendo que, todos estamos aderidos ao mesmo tecido, somos elementos dessa construção coletiva.

Mattos, et, al., (2004) e Silva (2012), ressaltam a existência de representações sociais pejorativas, em relação à população em situação de rua, que refletem nas relações sociais. Vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo, são representações dirigidas a PSR. Estes rótulos afetam a constituição da identidade destas pessoas, articuladas com valores negativos afirmados.

Costa, (2005) relaciona que parte da situação de moradia das pessoas que vivem nas ruas está relacionada com o déficit habitacional das grandes cidades brasileiras. Estariam na condição de “sem-teto”, como tantas outras milhares de pessoas no país. Porém, está questão é uma verdade parcial, pois, os motivos que corroboram para a situação de rua não estão apenas ligados á falta de moradia. Neste caso, a possibilidade de saída da rua não se resumem à oferta de moradia apenas, porém, ressalta o direito à moradia e a necessidade da política pública voltada a a essa população para garantir ofertas habitacionais que identifiquem as pessoas em situação de rua como público prioritário, propondo alternativas de moradia adequadas a sua realidade.

Ayala (2015) destaca que além das questões econômicas, a exclusão social emana do sentimento de despertencimento social, pela falta de perspectiva, pela centralização do acesso à informação e a falta de autoestima. As consequências na saúde dos indivíduos são fruto desse processo de exclusão, destacando a saúde mental e a forma como as PSR se relacionam com o mundo que os cerca e a adesão ao uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas e ao tráfico.

No debate sobre o “problema” das populações em situação de rua, Serafino; Luz (2015) dizem que comumente são destacados os fatores estruturais e biográficos como motivadores da ida e da permanência de pessoas morando nas



ruas. Sobre a referência a este grupo social, refere ser carregada de preconceitos em relação a sua condição, com fragilidades vistas como as únicas causas da própria condição, que viver na rua é uma escolha individual, desconsiderando todos os fatores sociais envolvidos nessa “escolha”.

Para Rosa, et al., (2005), a trajetória de vida que leva muitas pessoas às ruas reflete, na maioria das vezes, uma sequência de fatos e fracassos pessoais e desamparo institucional. Essa visão discorda, em parte, dos outros autores, ao sugerir que o sujeito em situação de rua tem participação ou culpabilização por sua situação, quando cita o fracasso pessoal como um dos fatores que levam uma pessoa a morar nas ruas. Os autores, porém, referem que o fenômeno “situação de rua” é uma característica do processo de exclusão social, falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de auto-estima.

Percebeu-se que os autores que concetualizam a situação de rua e suas motivações entram em consenso na maioria dos entendimentos, apenas em alguns pontos houveram opiniões conflituosas, que não alteraram o conceito dominante da situação de rua como processo social, uma condição que se forma devido muitos fatores, em sua maioria negativos, mas que a PSR não se restringe ao estereótipo marginal, tão pouco criminoso.

## *2. Determinantes sociais da saúde na população em situação de rua no Brasil relacionados ao ambiente urbano (rua)*

Em sua pesquisa, Silva (2006), elucida que dados de diversas cidades brasileiras, sobre a origem da população em situação de rua, indicam que os problemas característicos das metrópoles, no capitalismo contemporâneo, como a multiplicação do desemprego, das desigualdades sociais e consequentemente da pobreza, são determinantes sociais na produção do fenômeno população em situação de rua na atualidade, e refletem na saúde pública e principalmente na saúde desses sujeitos. Aponta que houve redução do êxodo rural no fenômeno da população em situação de rua, indicando outros fatores relevantes para o crescimento populacional nas ruas.

O primeiro aspecto explicitado por Silva (2006), sobre as variáveis de determinações sociais, é a presença de múltiplas determinações, que compõem um conjunto de fatores decisivos para a vida dessas pessoas. Atribui à literatura o

esclarecimento sobre o tema e exposição como consenso neste debate, do reconhecimento da multiplicidade de fatores que conduzem pessoas à situação de rua. Refere-se aos fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc.), fatores biográficos, ligados a história de vida de cada sujeito (rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo freqüente de álcool e outras drogas, adversidades – mortes de componentes da família, roubos dos pertences, fuga do país de origem por motivo de asilo ou imigração ilegal, etc.) e, ainda, em fatos da natureza ou desastres naturais, inundações, desabamentos, etc.

Segundo Silva (2006), os fatores mais evidenciados pela literatura contemporânea são as quebras dos vínculos familiares e comunitários, a falta de trabalho formal e a escassez ou insuficiência de renda, além do, já citado, abuso e dependência de álcool e outras drogas e todos os problemas provenientes do desabrigo. Não é possível explicar a partir de um único determinante social o fenômeno da ida à rua como espaço de moradia. No conjunto dessas determinações, entretanto, existem fatores que se evidenciam. Destaca ainda, as causas estruturais desse fenômeno, que vinculam-se a estrutura da sociedade capitalista, aos processos derivado da acumulação do capital, no contexto da produção contínua de uma superpopulação mais pobre e conseqüentemente de um exército industrial de reserva, excedente à capacidade de absorção do mercado de trabalho no capitalismo, Carvalho, (2014) Silva (2006) e Costa (2005).

Para Frangella, (2004), os habitantes da rua estão situados como um contraponto às projeções idealizada sobre o corpo nas experiências urbanas contemporânea. Estão longe de concretizar as projeções da aparência, da saúde e da sexualidade constituintes do projeto do *self* que permeia a construção dos corpos contemporâneos. Estão longe dos discursos e tecnologias que perpassam os costumes urbanos cotidianos, os padrões da mídia, etc,. A concepção social contribui na manutenção da vulnerabilidade e da pobreza, que geram os determinantes sociais da saúde.

Lacerda (2012), acredita que, apesar dos recentes avanços alcançados no âmbito da proteção social e da atenção à saúde, no Brasil, há fatores persistentes e geradores de iniquidades que atrasam a efetividade de políticas públicas. Salienta a falta de acesso a serviços de educação e saúde de qualidade, o desemprego, falta de

acesso à moradia digna, falta de saneamento básico e ambiental, entre outros.

3. *Como o ambiente urbano (rua) contribui para o surgimento de doenças e/ou dificultam a adesão aos tratamentos de saúde*

Aylla (2015) relacionam a reação agressiva do restante da população e até mesmo da iniciativa privada em relação às pessoas em situação de rua e exemplifica: condomínios constroem grades “antimorador de rua” com estruturas em relevo, pontiagudos e etc (que impedem os moradores de ficar próximo aos cantos e canteiros dos edifícios) e canos “antimorador de rua” (esse último para molhar as calçadas em dias de chuva, inviabilizando a estada dos moradores no local). As justificativas dos responsáveis pela arquitetura violenta variam para as ações tomadas, vão desde o mau-cheiro e a sujeira provocada pelos moradores até o índice de criminalidade, Mattos, et, al., (2004) complementa com o relato de sua pesquisa que as pessoas que passam pelas outras pessoas em situação de rua, tem medo de conhecer e conversar com elas. Este receio pode estar ligado ao estigma do “morador de rua” como um criminoso em potencial, que pode assaltar, pedir esmola ou violentar quem quer que atravesse o seu caminho.

Para Rosa, et. al, (2005), as condições desfavoráveis do ambiente urbano e meio em que as pessoas vivem, influenciam diretamente na possibilidade de manutenção da saúde reforçando que além de saúde física e mental, a saúde é composta também das relações sociais. Desta forma, nem sempre cabe ao sujeito a escolha da melhor forma de prosseguir com sua vida, pois, o meio também determina a escolha. O contexto sociocultural e político, sofre influências de determinantes psicológicos e sociais e gera iniquidades. É natural aceitar a doença quando ocorre a interrupção do bem-estar biológico, psicológico e social, como previsto pela Organização Mundial da Saúde.

Segundo Aylla (2015) e Aguiar; Iriart, (2012), morar na rua pode causar doenças devido à exposição a risco de doenças, mudanças climáticas extremas, vulnerabilidade a violência e ingestão de alimentos e água contaminados.

Aylla (2015) cita a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e categorizou os riscos do ambiente urbano destacando as violências. e Costa (2005), também salienta que viver sem abrigo, deixa os indivíduos vulneráveis às agressões

de natureza física, sexual ou moral, a pessoa em situação de rua precisa estar em constante estado de vigilância e preparação para “fugir” ou “reagir”.

Costa (2005), relata que quando a PSR não procura a rede socioassistencial (albergues e abrigos), acabam dormindo em locais insalubres como, em baixo de marquises, próximas a órgãos públicos, em rodoviárias, estações de trem, montam barracos em praças, abrigam-se embaixo de pontes. As pessoas em situação de rua podem escolher dormir em grupos para evitar riscos que enfrentam pela violência gratuita que sofrem nas ruas.

Aguiar e Iriart, (2012), explicam que a situação nas ruas é difícil tanto para abrigados, quanto para não abrigados. Porém, os abrigados possuem mesmo com limitações, o mínimo de estrutura que propicia higiene, mais segurança e mais conforto, enquanto os não abrigados têm que encontrar estratégias para a sobrevivência.

Alimentação incerta e com poucas condições higiênicas, Aylla (2015), diz que segundo a pesquisa do Ministério de Desenvolvimento Social – MDS, uma em cada quatro pessoas vivendo nas ruas não consegue se alimentar todos os dias. Lavar as mãos antes das refeições é um luxo e muitas pessoas em situação de rua não possuem o hábito de higienizar as mãos. O consumo de nutrientes indispensáveis para a saúde humana é prejudicado, pois, a dieta se constitui de restos ou exclusivamente à base de alimentos doados, desta forma, o estado nutricional destas pessoas costuma ser inadequado.

Água de baixa qualidade e pouco disponível, Aylla (2015), revela que ingestão de água por parte das PSR não é frequente e costumeiramente não é potável, sendo provenientes de bicas, chafariz, torneiras de estabelecimentos comerciais e banheiros públicos. A autora também menciona sobre os banheiros públicos funcionais para fazer as necessidades pessoais, higienização e banho. Refere que a construção e manutenção de banheiros públicos é obrigação da entidade pública responsável por banheiros públicos em que as pessoas possam usar de fato, ter sabão, papel higiênico e toalhas de papel fazem parte indispensável do atendimento, que deve ter um servidor responsável pelo funcionamento e manutenção da limpeza.

Aylla (2015), cita a privação de sono da PSR, dificuldades para dormir na

rua, seja por medo da violência, pelo desconforto gerado pelo frio ou pela dureza do chão, privação de afeição, como alguns olhares por elas recebidos dos que passam e os vêem, o olhar de medo, dos que apressam o passo, o olhar de nojo, pela situação de higiene pessoal, o olhar de pena, pelas condições de violação dos direitos, o olhar de raiva dos que os culpabilizam pela própria situação, e o não olhar, ou seja, o olhar da indiferença.

Galvani (2008), em sua pesquisa descreve como as baratas, piolhos, mosquitos, ratos e outras pragas além de incômodos presentes no dia a dia da pessoa que mora na rua, são preocupantes do ponto de vista da Saúde Pública.

Aylla (2015), ressalta as variações climáticas que atingem as pessoas em situação de rua, como as chuvas, ventos e principalmente o frio fatores que predispõem as PSR o surgimento de doenças.

Sobre as dificuldades de adesão aos tratamentos de saúde, que as pessoas que moram nas ruas possuem, Costa (2005), diz que nos casos em que os tratamentos regrados exigem comportamentos sistemáticos e condições mínimas de organização de vida, como no caso da Aids e da Tuberculose. As pessoas que vivem nas ruas dificilmente conseguem se organizar de modo a cumprir às exigências rígidas dos tratamentos convencionais por isso acabam regredindo na melhora da doença, infectando outros, ou até morrendo por causa de doenças que tem tratamento.

Aylla (2015), ressalta que manter uma rotina de tratamento ou visitas a unidades de saúde para quem vive na rua é um desafio. Pensar em compromissos que ocorrerão em dias marcados é difícil para pessoas que não possuem rotinas. Exemplifica que usar um antibiótico a cada oito horas depende de uma gestão do tempo que a vida na rua dificulta ou não permite, pela falta de condições de controle. Além disso, a perda, a apreensão pela polícia ou o roubo dos pertences de quem mora na rua com frequência inclui remédios e receitas médicas.

Aylla (2015), explica que em casos de necessidade de internação, o percurso de uma pessoa em situação de rua num equipamento de urgência e emergência requer especial atenção. Normalmente não há acompanhantes que possam relatar o caso. Pode haver negligência e menor atenção ao usuário pelo fato de ser egresso da rua em alguns serviços. O momento de alta também é complicado, quando

cuidados médicos, como curativos, manutenção de próteses, cateteres, ou sonda, são essenciais após a alta hospitalar. Após a alta hospitalar, a PSR em sua maioria, não possui cuidadores, dar continuidade em um tratamento de saúde sem condições de estrutura, na rua e sozinho não é uma tarefa fácil.

#### *4. As influências socioculturais e ambientais a que a população em situação de rua está exposta e quais as consequências dessa exposição à saúde da PSR*

Em relação às influências socioculturais, Lacerda (2012), ressalta a negação ou falta de percepção sobre os processos de adoecimento e das necessidades próprias de atenção à saúde, relacionado às dúvidas e medos quanto à atenção que irá receber nos serviços de saúde, e o desconhecimento sobre o SUS por parte das pessoas em situação de rua. Entretanto, a autora observou, em uma pesquisa feita em Brasília, com PSR, que as perguntas sobre os processos de saúde e adoecimento faziam as pessoas em situação de rua entrevistadas refletirem sobre si, sobre sua condição de saúde ou doença, o acesso – ou falta – à rede de serviços de saúde, e direitos de cidadania.

Em sua pesquisa, Lacerda (2012) entrevistou mulheres em situação de rua e constatou que a maioria delas, quando grávidas, retorna para sua cidade de origem para realizarem o pré-natal e o parto, demonstrando um sentimento de segurança quanto ao atendimento prestado - aparentemente por conhecer pessoas que possam lembrar-se delas ou ajuda-las. Outras pessoas em situação de rua relataram casos de dor de dente, gripe, diarreia, dengue, dor imobilizante nas costas, dor de cabeça, pico hipertensivo, infecção intestinal, infecção renal, hemorragia uterina, estresse agudo, pré-natal, parto, uso abusivo de álcool, embora alguns não percebam o alcoolismo como doença e condição a ser tratada, ainda foram citados problemas como: hérnia abdominal, HIV, gastrite nervosa, hipertensão, dores e problemas articulares, deficiência decorrente de traumatismo, tabagismo, cravo nos pés, Costa (2005) e Silva (2012), citam algumas destas doenças também.

Lacerda (2012) evidencia que entrevistados relataram que não foram atendidos ao procurarem serviços públicos de saúde, por falta de documento, cartões do SUS e comprovante de residência e após as experiências frustradas nunca mais procuraram atendimento médico novamente.

Sobre o controle e adesão aos tratamentos de saúde, Lacerda (2012)

explicita que poucas pessoas em situação de rua fazem controle e tratamento das doenças existentes e acompanhamento no posto de saúde, tão pouco consultas preventivas. As consequências da falta de atendimento causada pela burocracia, preconceito e outros conflitos sociais e culturais vividos pelas pessoas em situação de rua, são o aparecimento de doenças, ou o agravamento das doenças, incluindo as mais simples e tratáveis como verminoses ou tuberculose.

Mesmos nos casos de HIV positivo, há pessoas em situação de rua que não fazem nenhum tipo de acompanhamento desde o diagnóstico. Dentro das influências socioculturais, ainda há, entre as PSR, o costume de aceitar sexo sem proteção por amor, ou por falta de preservativos disponíveis no momento. Tais comportamentos são fruto da pouca escolaridade, desconhecimento, das crenças pessoais, sentimentos e confiança na própria saúde, bem como, da descrédito no sistema de saúde, em razão de suas experiências negativas ao tentar acessar serviços de saúde em todas as complexidades, expõe Lacerda (2012).

Brito et, al., (p. 2, 2007) relatam que a população em situação de rua é uma das mais vulneráveis em relação à transmissão do HIV por incluir grupos de alto risco formados por egressos do sistema prisional, usuários de crack e cocaína, profissionais do sexo, grupos minoritários e pessoas com transtornos mentais. Referem que comportamentos relacionados tanto às práticas sexuais, ao uso compartilhado de drogas injetáveis, e esses hábitos podem expor a população em situação de rua à infecção por hepatite B ou C. Atualmente sabe-se que essas afirmações podem causar estigmatização das pessoas em situação de rua também, pois, nem todas as PSR usam drogas injetáveis ou tem múltiplos parceiros.

Silva (2006), também aponta a violência policial manifestando o poder do Estado repressivo contra as PSR, a discriminação social e também do descaso e do desrespeito por parte dos ditos “cidadãos de bem”. Questiona, sobre as práticas de “recolhimento” e “institucionalização” dessa população, a “limpeza social” feita nos espaços públicos, a realocação de pessoas de seus territórios para “embelezar a cidade”.

Aylla (2015) destaca que as cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro, passaram organizar ações em defesa dos direitos das pessoas em situação de rua visando as violências que a que PSR estão expostas, tanto fatos

corriqueiros como ofensas e maus tratos nos espaços públicos, como fatos noticiados como queima de pessoas que estão dormindo, extermínio, execução sumária são os motivadores principais de tais ações.

##### *5. Políticas Sociais de Saúde direcionadas à população em situação de rua que estão vigentes no Brasil*

Iniciando o debate sobre a Políticas Sociais e de Saúde para pessoas em situação de rua, Silva, (2006) e Costa (2005) expõem que as políticas sociais que têm princípios e diretrizes universalizantes como base. A saúde e a educação, são frequentemente efetuadas de forma residual e restritiva. Essas restrições aparecem sob formas condicionantes. Sobre a PSR, se revelam os conflitos com as suas características e perfil. O contingente enorme de “exigências formais” e burocracias de acesso aos programas de políticas sociais, em geral limitam o acesso das pessoas em situação de rua. A apresentação de documentos de identificação pessoal é uma das frequentes “exigências formais”. É muito comum que pessoas em situação de rua não tenham documentos. Outra “exigência formal” é o endereço domiciliar. Porém, a inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como ambiente de domicílio e trabalho é a particularidade que caracteriza essa população. Estes obstáculos “burocráticos” de acessibilidade às políticas sociais pela PSR acrescentam a desarticulação entre as políticas sociais, as metodologias inapropriadas dos programas, a inabilidade e falta de educação permanente e educação continuada dos trabalhadores em saúde e de outras Políticas Públicas para atenderem essa parcela da sociedade, além do preconceito social que rotula essas pessoas como “vagabundos”, “desordeiros”, “preguiçosos” e “bandidos” e, por isso não são considerados merecedores do acesso aos direitos sociais, inclusive por alguns profissionais.

Aguiar; Iriart, (2012), esclarecem que a saúde, como é constituída em uma perspectiva ampla, resultante de condições básicas de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores e por isso, atinge de frente as condições vivenciadas em situação de rua.

Carvalho, (2014) afirma que discutir sobre o acesso à saúde para as pessoas que moram nas ruas é reconhecer que a existência formal de políticas públicas, por si só, não garante a efetivação dos direitos fundamentais da cidadania. A autora percebe é que, apesar de o direito à saúde existir no papel, a maneira como os



sujeitos conseguem acessá-lo, pode torná-lo efetivo ou ineficiente.

Serafino, e Luz (2015), citam a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua como um dispositivo de afirmação dos direitos sociais das PSR e afirmam que construir de ações intersetoriais é um instrumento previsto para dar respostas às demandas dessa população. Os autores apontam que acesso integral aos direitos universais, preconizados na saúde, devem ser defendidos também para a esse segmento populacional. Para isto, direcionam a intersectorialidade como procedimento eficaz de efetivação dos serviços, articulando saberes e fazeres, em todas as dimensões da gestão, seja no planejamento, na implementação, na avaliação e principalmente no atendimento.

Costa (2005), ressalta que, as pessoas com transtornos mentais em situação de ruas são público-alvo da Política de Saúde Mental. Essa área vem experimentando um processo de readequação, utilizando-se das alternativas antimanicomial e de inserção social e comunitária, garantindo os direitos humanos desta pessoa. Porém, não apenas no campo da saúde mental percebe-se que os serviços disponíveis através do Sistema Único de Saúde, não estão adequados à realidade e necessidades das pessoas em situação de rua com essas condições. A autora refere que, mesmo quando os serviços são ofertados para a população em geral, não contam com condições de acolhimento e de busca espontânea e suficiente do público que vive nas ruas.

Mattos, et, al., (2004) e Galvani (2008), advertem porém, que ainda hoje, baseados pelo critério psiquiátrico patológico, como sinônimo de anormalidade, em contraposição aos sujeitos “considerados normais”, trata as pessoas em situação de rua como loucas ou possíveis casos de internação.

Contudo, Serafino e Luz (2015), revelam em sua pesquisa que as ações desenvolvidas junto à população “moradora de rua” no Rio de Janeiro, em geral, são intervenções caracterizadas pelo caráter paliativo, fragmentado, setorizado e, em especial, higienista, marcada pela retirada das pessoas do centro da cidade arbitrariamente .

Concluem, Serafino e Luz (2015), que já que, os investimentos não são extensivos a outras dimensões da gestão da política, algumas ações são utilizadas para “controlar” a situação dessa população com cunho repressivo e medidas de

caráter de ordem pública e com a atuação frequente de ações chamadas de Choque de Ordem. Essas ações de recolhimento das pessoas da rua, de forma arbitrária, são executadas no Rio de Janeiro no âmbito do Projeto “Rio Acolhedor”, e contraditoriamente é coordenado pela Secretaria de Ordem Pública, Costa (2005), complementa citando as políticas de segurança pública dirigidas a essas pessoas, pois, não são voltadas para a sua proteção, mas para sua criminalização, que reflete o pensamento socialmente hegemônico, que não assegura à PSR a condição de detentora de direitos humanos, que devam ser respeitados.

Ainda sobre a experiência do Rio de Janeiro, pesquisada por Serafino, e Luz (2015), depois da Política Nacional de Assistência Social que instituiu o Sistema Único de Assistência Social (MDS, 2004), foram redefinidos todos os serviços de assistência social, para adaptá-los às diretrizes. Os abrigos sofreram algumas adequações e a presença de assistentes sociais tornou-se obrigatória em todos os serviços.

Não se pode desconectar a Política de Assistência Social da Política de Saúde, nesta perspectiva, sobre os serviços públicos atualmente em funcionamento em grande parte do Brasil. Serafino e Luz (2015), citam os equipamentos de assistência social do Rio de Janeiro, que fazem o papel de acolher a PSR no âmbito da assistência, garantindo direitos básicos às pessoas em situação de rua nas perspectivas dos Direitos Humanos, que são intrinsecamente ligados à saúde dos sujeitos. São eles: Centros de Convivência Comunitária (CREAS POP), Central de Recepção Adultos e Famílias (CRAF), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), as autoras ainda se referem a um serviço de saúde especializado para PSR: a Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), equipamento pouco presente nas cidades brasileiras.

Londero, et al. (2014) destaca em seu artigo a Rede de Atenção Psicossocial, que faz parte dos serviços especializados de saúde que atendem as pessoas que moram nas ruas, são eles: Unidade Básica de Saúde – UBS e Estratégia Saúde da Família – ESF, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I ou CAPS II, para usuários com transtornos mentais graves, para usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD para atendimento à infância e adolescência – CAPSi, Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos, além das Comunidades Terapêuticas, todos potencialmente matriciados (apoiados) pelos CAPS AD e

Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, com equipe profissional e especializada, com funcionamento ininterrupto (CAPS AD III) e Consultório na Rua - CR.

Londero, et. al., (2014) relata a experiência do Consultório na Rua – do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, onde há oferta, para seus usuários de um serviço aberto e de demanda espontânea, que acolhe as demandas das pessoas em situação de rua. As ações são construídas de acordo com as particularidades da pessoa e vulnerabilidades. O serviço de CR é um desafio para qualquer serviço de saúde, porém, estas exigências, na rua, parecem ocorrer de forma intensa, persistente e inusitada. O acolhimento ou os projetos de cuidado no CR-GHC acontecem nos mesmos locais e mesmas circunstâncias em que a pessoa que mora na rua está, o profissional vai até o território e não o contrário, mantendo a sensibilidade necessária para a situação de rua, porém, o CR não trabalha isoladamente, ele necessita da rede de saúde e intersetorial para efetivar o cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS.

Junior, et al. (2010) trazem a experiência de uma Estratégia de Saúde da Família – ESF em São Paulo, para atenção á população em situação de rua, indicando que foram escolhidos agentes comunitários (egressos do segmento social em situação de rua) para compor as equipes, o que facilitaria o acolhimento e trabalho realizado. Dessa forma, “visita domiciliar” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”, e família aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro (cadastro que contemple particularidades como existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos), levando em conta as singularidades dessa população.

Junior, et al. (2010) indicam que a ESF “na rua” tem sido um projeto bem-sucedido, favorecendo o acesso desse segmento à atenção primária por meio de trabalhos específicos, da atuação em logradouros públicos e/ou albergues e do estabelecimento de vínculos e acompanhamento dos cuidados necessários aos sujeitos em situação de rua. Tal iniciativa não é unanimidade em todas as cidades brasileiras.

Costa (2005), contribui advertindo que parte dessa população frequenta,

mesmo de forma esporádica, quando sentem necessidade, os abrigos e albergues disponíveis na rede de Assistência Social, que se apresenta com vagas insuficientes em relação à demanda, serviços esses que muitas vezes não conseguem atender às necessidades, seja pela insuficiência, quando são restritas as vagas e as metas de atendimento disponíveis, seja pela baixa qualidade dos serviços prestados.

Nesse sentido, precisa-se lembrar que historicamente a Assistência Social é tratada pelos governos como política secundária, e não como a política preventiva, sendo assim, os serviços sofrem cortes atualmente e são precarizados constantemente. Esses cortes de repasses e investimentos na Assistência Social reflete posteriormente nas outras políticas públicas, com demandas providas da vulnerabilidade social, e determinantes sociais, nesse sentido, Costa (2005) cita que o financiamento da Política de Assistência Social é insuficiente e precário.

Costa (2005), relata que nesses abrigos e albergues há oferta de leito, roupa de cama, cobertores, roupa para trocar, material de higiene e alimentação; além do trabalho técnico dos profissionais que atuam realizando encaminhamentos, fazendo atendimentos, garantindo condição de convivência. A autora também indica que os serviços de albergue, podem deixar de ser frequentados por parte desta população, por causa das regras rígidas, que são estabelecidas por causa da necessidade de organização para uma boa convivência entre todos.

Frangella (2004), também cita como espaços públicos oferecidos para a PSR, os centro de serviços oferecidos durante o dia; restaurantes comunitários em locais centrais com oferta de alimentação a baixo custo; casa de convivência com características semelhantes aos abrigos.

Lacerda (2012) afirma que entre a população em situação de rua é recorrente buscar os serviços de média complexidade mesmo nos casos de resolubilidade pela baixa complexidade sem lograr êxito. Estas ocorrências são comuns, pois, nas unidades de saúde costumam faltar profissionais. Porém, o fator principal de distanciamento e descrédito dos “moradores de rua”, nos serviços de atenção básica, é não possuírem mais o documento de identidade ou não terem comprovante de residência e cartão do SUS, requisitos para acesso a esse serviço, que vão na contramão do princípio da universalidade do SUS.

Silva (2006), concorda que a população em situação de rua tem sido

constantemente excluída do acesso aos serviços oferecidos pelas políticas públicas, por causa das barreiras burocráticas. A relação desta população com essas políticas é de completa exclusão. É perceptível que a organização desse grupo populacional é frágil - assim como suas relações sociais e familiares - heterogêneo, com histórias de vida e trajetórias profissionais diferenciadas, com necessidades urgentes. Resta ressaltar a atual incapacidade do Estado de garantir o acesso desta parcela da população aos serviços oferecidos pelas políticas públicas, incluindo a saúde.

Aylla (2015), enfatiza que ao fazer a abordagem de rua à noite, em qualquer grande cidade, o profissional da saúde, provavelmente será a primeira pessoa em situação de rua com quem ela irá conversar naquele dia. A cobertura das equipes de Saúde da Família é limitada, em várias cidades, ainda não existem equipes destinadas para atender esse grupo social, cuja lógica de vida é itinerante no território particular. A tendência com a inserção das políticas de saúde singular para essa população o crescimento da cobertura e a melhora na atenção à saúde da PSR.

Rosa, et al. (2005), na perspectiva específica do cuidado de enfermagem ao “povo de rua”, o profissional da saúde deve compreender a “cultura da rua”, na qual é preciso considerar quem são essas pessoas, como vivem, como conseguem sobreviver física, psicológica e socialmente.

Existem no âmbito profissional, muitos obstáculos, que diariamente são enfrentados, também pelos trabalhadores de saúde no atendimento a essa população. Aylla (2015), cita por exemplo que colher as informações clínicas de quem vive nas ruas é desafiante, ao questionar há quanto tempo a pessoa tem uma lesão de pele, ela pode não saber responder, pois, faz tempo não se olha no espelho ou pode ter perdido a noção do tempo. Ao tentar desenhar a linha de tempo do relato clínico, é comum se deparar com lacunas. É importante que o profissional de saúde exercite a escuta sensível para que essas pessoas se sintam acolhidas na elaboração da história clínica, e se construa diagnóstico e plano terapêutico singular adequados ao usuário.

Sobre os atendimentos de saúde, Aylla (2015), revela que pessoas em situação de rua verbalizam vergonha ao procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde por causa de sua higiene pessoal ou por estar maltrapilho. Reforça que todo trabalhador da saúde tem o dever de prestar atenção especial às ações

preconceituosas e negligências que possam ocorrer nos espaços de saúde relacionadas ao estado do usuário por viver na rua.

Rosa, et al, (2005) completam que a falta de empatia do profissional é um despreparo técnico que deve ser resolvido com capacitação, educação permanente e continuada. Apontam as contradições do Sistema Único de Saúde – SUS, pois, defende a equidade e universalidade do atendimento, mas exige dos usuários comprovação de moradia para definir a territorialidade. Exigir documentação das PSR, implica em dificultar o acesso à Saúde, rompendo com os princípios doutrinários previstos na legislação do SUS.

Aylla (2015) explica que por esse motivo existe muita dificuldade na acessibilidade do sistema de saúde para buscar atendimento, levam muitas pessoas em situação de rua, mesmo doentes, neguem seus problemas de saúde. Por este motivo, às equipes de saúde precisam qualificar o olhar á PSR, garantindo o direito á saúde.

Nesse sentido, existem os movimentos populares que preconizam a acessibilidade dos direitos das pessoas em situação de rua em todas as esferas das políticas sociais, Melo (2011), fez o acompanhamento de processos de organização popular de da População em Situação de Rua e suas demandas e reivindicações por políticas públicas que atendam sua especificidades e as dificuldades da população de rua na mobilização dos sujeitos pela conquista e efetivação de seus direitos. Cita o Movimento Nacional da População de Rua, e suas importantes mobilizações através de fóruns, seminários, reuniões, eventos na rua, assim como o envolvimento de diversos agentes, como ONGs, entidades religiosas, a população de rua, o Ministério Público e Sindicatos. Tal movimento, preza pela efetivação dos direitos humanos e das políticas pública para pessoas em situação de rua. Na mesma perspectiva do controle social, Costa (2007), compartilha dos discursos coletivos dos Fóruns de Debate sobre População de Rua, Movimentos Nacional de Luta e Defesa da Pessoa em Situação Rua, no intuito de apresentar aos leitores, quais os mecanismos de mobilização social em que as PSR se empenham para lutar pela garantia dos direitos, como saúde, assistência social, alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e esportes.

Canônico et al. (2008) relata que parte das pessoas em situação de rua descontentes com seu atendimento nos serviços de saúde foi às ruas de São Paulo –

SP, para reivindicar o direito ao acesso á saúde com dignidade. Esses usuários passavam por discriminação e eram atendidos de forma diferenciada dos demais usuários, sendo que algumas equipes de saúde resistiam em atendê-las em decorrência de sua condição precária de higiene. Baseando-se em dois princípios do SUS, universalidade e equidade, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo juntamente com uma ONG implantou o Programa A Gente na Rua – PAR atendendo à reivindicação dos usuários em situação de rua. O PAR é constituído por três equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com 4 enfermeiras e 35 agentes comunitários de saúde de rua; duas assistentes sociais e uma coordenadora. Pode-se perceber que até mesmo uma população tão vulnerável, quando consegue se organizar em grupos sociais, conseguem adquirir força para mudar o seu destino. A importância dos movimentos sociais para as populações vulneráveis precisa ser discutida e fomentada, pois, pode trazer ótimos resultados e mudanças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que os autores concordam com a caracterização dos motivos que levam uma pessoa à situação de rua. Há algumas divergências de terminologias e nomenclaturas, e alguns conceitos considerados ultrapassados, que podem sugerir culpabilização da pessoa que mora na rua.

Alguns autores não mencionaram os determinantes sociais da saúde, porém os que estudaram o tema, relacionaram poucas demandas ao ambiente urbano e a saúde desse grupo populacional, deixando claro que a literatura não explora suficientemente o tema. As questões sociais foram expostas com mais ênfase pela maior parte dos autores. Fica claro que o ambiente urbano corrobora para o surgimento de doenças e dificultam a adesão aos tratamentos de saúde destas pessoas através da negligência do estado.

As razões macroestruturais, revelam a necessidade e importância de reconhecer os fatores sociais e econômicos que determinam a promoção e a manutenção da saúde de grupos historicamente vulneráveis para superá-los. Ressalta porém que estudar as condições econômicas e sociais relativas ao processo saúde-doença é necessário para efetivar as políticas públicas, especialmente a política de assistência social e saúde. Isto implica em intervenções que levantem, nivelem e eliminem obstáculos que dificultam a preservação da saúde, e, principalmente, o acesso à rede de saúde por parte da população, segundo Lacerda, (2012).

Lacerda (2012), diz que a discussão sobre desigualdades, sua determinação de ordem política, social e cultural, sua relação com as condições de vida dos diferentes segmentos populacionais, e com o processo saúde-doença, somada às crescentes demandas de grupos populacionais específicos, como é o caso da população em situação de rua, exigem políticas públicas intersetoriais e desenvolvimento de ações intrasetoriais com espaços de governança que busquem a solução dos problemas de saúde nos níveis locais e regionais, com identificação das iniquidades existentes e definição de estratégias para combatê-las. Isto inclui fortalecer políticas e práticas existentes voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde, especialmente aquelas fundamentadas em ampla participação social,



popular ou comunitária.

Fica clara a vulnerabilidade de acesso aos programas de saúde por parte desse segmento populacional, e essa falta de acesso corrobora para que os tratamentos de saúde sejam interrompidos precocemente, colocando em risco a vida do usuário.

A dificuldade de acessar os serviços de saúde também foi relatada, por esse motivo, é imprescindível o fortalecimento dos movimentos sociais populares da população em situação de rua, pois, esses movimentos fortalecem as reivindicações através do controle social e fazem um papel fundamental na garantia dos direitos das pessoas em situação de rua.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua**. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_adesao\\_tuberculose.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_adesao_tuberculose.pdf)>

BOTTIL, et al. **Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009. ISSN 1984-2147. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1141>

DORNELLES, et al. **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. FASC- Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Didática Editora do Brasil. Belo Horizonte/MG, 2012. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu\\_doc/a\\_rua\\_em\\_movimento.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/a_rua_em_movimento.pdf)

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Thais Candido Stutz, SANTOS, Thais Giselle Diniz. **Os invisíveis que eles querem esconder: A luta por direitos básicos, a violência e os reflexos da Copa do Mundo FIFA 2014**. Publica Direito- 2014. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=72cad9e1f9ae7987>>.

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. **A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil**. *Interface, Comunicação Saúde Educação* 2015; 19(53):275-85. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf)>

JACOBSEN, Priscila apud MEDEIROS, TOMAS, 2008. Como Fazer Uma Revisão Bibliográfica. Biblioteca Central da UFRGS. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/blogdabc/como-fazer-uma-revisao-bibliografica-2/>>

JACOBSEN, Priscila apud Vianna, 2001. Como Fazer Uma Revisão Bibliográfica. Biblioteca Central da UFRGS. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/blogdabc/como-fazer-uma-revisao-bibliografica-2/>> Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing. Geneva:

WHO, 2009.

OLIVEIRA, Elaine Freitas, 2009. **Revitalização dos centros urbanos: a luta pelo direito à cidade.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Educação e Humanidades, Faculdade de Educação. Universidade do Estado do Rio De Janeiro, Centro de Educação, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < [https://http://www.ppfh.com.br/wp-content/uploads/2014/01/D\\_DissertacaoElaine.pdf](https://http://www.ppfh.com.br/wp-content/uploads/2014/01/D_DissertacaoElaine.pdf)>

ZENNER, D, et al. Active case finding for tuberculosis among high-risk groups in lowincidence countries. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, Paris, v. 17 n. 5 p. 573-582, 2013.

## ANEXO A

### PUBLICAÇÕES SELECIONADAS PARA ANÁLISE

- 1º Populações em Situação de Rua: Os Processos de Exclusão e Inclusão Precária Vivenciados por esse Segmento
- 2º Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno da População em Situação de Rua
- 3º Bioética e Diversidade: Condições de Saúde da População Adulta em Situação de Rua do Distrito Federal
- 4º Banheiros Públicos: Acesso por Trabalhadores e Moradores de Rua- Estudo Exploratório em Porto Alegre
- 5º Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate
- 6º O Processo Saúde-Doença-Cuidado E A População Em Situação De Rua
- 7º População em Situação de Rua: Contextualização e Caracterização
- 8º O Idoso em Situação de Rua: Sísifo Revisitado
- 9º Quem Vocês Pensam Que (Elas) São? Representações sobre as Pessoas Em Situação De Rua
- 10º Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde
- 11º Estudos sobre População Adulta em Situação de Rua: Campo para uma Comunidade Epistêmica?
- 12º Pessoas em Situação de Rua na Cidade de São Paulo: Itinerários e Estratégias na Construção de redes sociais e identidades
- 13º “Os Ditos Sem” Acesso À Saúde Da População Em Situação De Rua
- 14º Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo
- 15º A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos
- 16º Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil
- 17º Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua
- 18º Margens Do Sujeito No Espaço Urbano
- 19º CORPOS URBANOS ERRANTES: Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo.

20° A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua.

21° A Rua em Movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua

22° Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo

## **ANEXO B**

### **REFERÊNCIAS DAS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS PARA ANÁLISE:**

**ADORNO**, Rubens de Camargo Ferreira. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*. vol. 15 (3) | 2011.

**FEDATTO**, Carolina Padilha. Margens do Sujeito no Espaço Urbano. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

**PRATES**, Jane Cruz, et al. Populações em Situação de Rua: Os Processos de Exclusão e Inclusão Precária Vivenciados por Esse Segmento. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

**SILVA**, Maria Lucia Lopes. Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995 – 2005. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Univesidade de Brasília. Brasília – DF, 2006.

**MATTOS**, Ricardo Mendes; Ferreira, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade* – Universidade de São Marcos; 16 (2): 47-58; maio/ago, 2004.

**MATTOS**, Ricardo Mendes; Ferreira, Ricardo Franklin. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado *Estudos de Psicologia*, vol. 22, núm. 1, pp. 23-32. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas - SP, 2005.

**SILVA**, Cláudia Lucia. Estudo sobre População Adulta em Situação de Rua: Campo para uma Comunidade Epistêmica? Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

**LACERDA**, Tammy Ferreira. Bioética e Diversidade, Condições de Saúde da População Adulta em Situação de Rua do Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

**COSTA**, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), vol. 4, núm, pp. 1-15. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

**AYALA**, Simone Oliveira. Banheiros Públicos: Acesso or Trabalhadores e Moradores deRua – Estudo Exploratório em Porto Alegre. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

**SERAFINO**, Irene, **LUZ**, Lila Cristina Xavier. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. *Revista Katálisis*, vol. 18, núm. 1, pp. 74-85. Santa Catarina, 2015.

**ROSA**, Anderson da Silva, et al., O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 4, pp. 576-582. São Paulo, 2005.

**CARVALHO**, Sandra Moreira Costa. “Os Ditos Sem” Acesso á Saúde da População em Situação de Rua. Dissertação ( Mestrado em Políticas Sociais) Universidade Católica do Salvador. Salvador, 2014.

**FRANGELLA**, Simone Miziara. Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

**AGUIAR**, Maria Magalhães, **IRIART**, José Alberto. Significados e práticas de saúde e doença entrea população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(1):115-124, jan, Rio de Janeiro, 2012.

**GALVANI**, Débora. Pessoas em Situação de Rua na Cidade de São Paulo: itinerários e estratégias na construção de redes sociais e identidades. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

**BRITO**, Valquíria O. C et, al.,. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífi lis em moradores de rua, São Paulo. Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 2):47-56. São Paulo, 2007.

**LONDERO**, Mario Francis, et, al.,. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface Comunicaçãoem Saúde (Botucatu). DOI: 10.1590/1807-57622013.0738, Botucatu, 2014.

**JUNIOR**, Nivaldo Carneiro, et, al.,. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, São Paulo, 2010.

**MELLO**, Tomás Henrique. A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

**COSTA**, Daniel de Lucca. A Rua em Movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

**CANÔNICO**, Rhavana Pilz, et, al.,. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(Esp):799-803. São Paulo, 2008.